

上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）に関する説明および同意書

検査の目的と内容

内視鏡を口あるいは鼻から挿入して上部消化管（食道、胃、十二指腸）を観察し、潰瘍、ポリープ、がん、炎症などの病気の診断を行うことを目的としています。

必要に応じて拡大観察や色素染色による観察を行います。

診断目的に組織を採取することがあります。消化管出血や異物に対して、処置を行うことがあります。

検査時間は処置内容によって異なりますが、15～30分程度です。

検査前後の注意事項

○当院以外の医療機関から血液を固まりにくくする薬（ワーファリン、バイアスピリン、バファリン81、パナルジン、プレタール、プラビックスなど）が処方されている場合は、事前にお知らせください。必要に応じて、検査前に服薬を中止いただく場合がございます。

○検査時に局所麻酔薬（キシロカインなど）を使用します。過去の内視鏡検査や抜歯の際、同様のお薬で体調が悪くなったことのある方は、事前にお知らせください。

○検査終了後は、1時間ほど飲食を控えてください。1時間後に少量の水を飲んで、異常がなければお食事を摂っていただけます。

○病理組織検査を行った場合、当日は刺激物、アルコールなどの摂取は控えてください。

鎮痛剤・鎮静剤の使用について

処置に伴う苦痛を緩和し安心して検査を受けていただく目的で、ご希望により鎮静剤を使用いたします。鎮静剤の効果は個人差がありますが、しばらく眠気や倦怠感が続く場合があります。車の運転は危険ですので、車、バイク、自転車を運転しての来院は控えてください。

偶発症（検査によって生じる可能性がある症状）について

- ・局所麻酔薬によるアレルギーや副作用
- ・内視鏡操作によって起こる出血、穿孔（消化管に穴が空いてしまう）など
- ・鎮静剤投与による、注射部位の炎症、血圧低下、呼吸抑制など
- ・検査前の服薬中断による、持病の発症など

上記のような偶発症が発生した場合は、緊急処置を行います。

上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）に関する 説明および同意書（クリニック保存）

私は、説明書に記載された内容について、十分に理解し、この医療行為を行うことに同意します。

またこの医療行為実施上、必要な処置および制約についてもあわせて同意します。実施中に緊急の処置を行う必要が生じた場合、医師が必要と認める処置を行うことについても同意します。

同意後に、いつでも同意が撤回できることを確認しました。

鎮静剤について、説明を理解した上で

希望します ・ 希望しません

_____年_____月_____日

本人署名_____

代理人署名_____（続柄_____）

患者様が未成年の場合、または本人が署名できない場合、代理人の方が署名をお願いします。

（旭竜クリニック記入欄）

説明日 _____年_____月_____日

説明医師_____